

Hälsa, trygghet och jämställdhet

Översikt 2012–2015



Tjänstemannaledning

LEDNINGENS STÖD



Utvecklingsdirektör
Klaus Halla

Stabsenheten bistår när det gäller att verkställa ärenden som kanslichefen ansvarar för.



Direktören för internationella ärenden
Liisa Ollila

Enheten för internationella ärenden samordnar arbetet kring internationella frågor. Till uppgifterna hör även att behärska processerna vid internationella organisationer.



Kommunikationsdirektör
Eeva Larjomaa

Kommunikationsenheten samordnar kommunikationen för social- och hälsovårdsministeriet och inom dess förvaltningsområde, liksom arbetet med intressegrupper och publikationsverksamheten. Enheten ansvarar för och utvecklar dessutom den centraliserade kommunikationen och stödet till det opinionsbildande arbetet.



Beredskapsdirektör
Olli Haikala

Beredskapsenheten har i uppgift att samordna beredskapsärenden.

OMBUDSMÄN

Jämställdhetsombudsman
Pirkko Mäkinen

övervakar att jämställdhetslagens syften uppfylls.



Barnombudsmannen
Maria Kaisa Aula

ser till att barnens bästa och rättigheter tillgodoses.



Kanslichef
Päivi Sillanaukee

*Ett socialt hållbart
Finland 2020*

ÖVERDIREKTÖRER



Aino-Inkeri Hansson

Avdelningen för främjande av välfärd och hälsa

främjar den sociala välfärden och förebygger sjukdomar, stöder människors delaktighet, tryggar barns och ungas välbefinnande, svarar för utkomststöd och bostadsstöd, har hand om missbrukarvård, miljöhygien samt frågor i anslutning till statsandelar inom social- och hälsovården.

Kirsi Paasikoski

Avdelningen för social- och hälsovårdstjänster

ansvarar för att servicesystemet fungerar liksom för personaladministrativa ärenden i anknytning till social- och hälsovården, tjänster för olika befolkningsgrupper, familjepolitiska stödformer, läkemedelsförsörjningen, social- och hälsovårdens dataförvaltning, militärskadelagstiftning samt lagstiftning som gäller klientens och patientens ställning.



Leo Suomaa

Arbetskyddsavdelningen utvecklar och bereder arbetskyddslagstiftningen och den nationella arbetskyddspolitik och samordnar arbetskyddsforskningen samt sköter det internationella samarbetet inom arbetskyddets område. Avdelningens resultatstyrning omfattas av ansvarsområden för arbetskyddet vid regionförvaltningsverken med uppgift att övervaka att bestämmelserna följs vad gäller arbetskyddet på arbetsplatserna.



Outi Antila

Försäkringsavdelningen utvecklar lagstadgade försäkringar och har hand om lagberedningen av social- och privatförsäkringar. Läkemedelsprismånden, som verkar i anslutning till ministeriet, fastställer partipriset för läkemedel och de preparat som berättigar till specialersättning.



Raimo Ikonen

Förvaltnings- och planeringsavdelningen har hand om såväl ekonomiska och allmänna förvaltningsuppgifter som ansvarar för planering och resultatstyrning vid ministeriet och inom dess förvaltningsområde samt sammanställer strategiska utredningar. Avdelningen har även i uppgift att utveckla resultatstyrningen och verkställa regeringens jämställdhetspolitik.



POLITISK LEDARSKAP

Det finns två ministrar vid social- och hälsovårdsministeriet, social- och hälsovårdsministern och omsorgsministern. Dessutom svarar idrotts- och kulturministern för jämställdhetsärenden. Ministrarna styr den politiska beredningen. De bistås av statssekreterarna och specialmedarbetarna samt, under kanslichefens ledning, av hela ministeriets organisation som presenteras på insidan av omslaget.



Social- och hälsovårdsminister

Paula Risikko

"Det finns alltid hopp."



Statssekreterare

Pia Pohja



Omsorgsminister

Maria Guzenina-Richardson

"Det finns ett ordspråk som säger att även ett högt torn börjar vid marken. Även välfärden byggs upp av grundläggande faktorer, och för att skapa ett fungerande och hållbart service-system är det alltså nödvändigt att vara ute i rätt tid och ta hänsyn till människan."



Statssekreterare

Sinikka Näätsaari



Jämställdhetsminister

Paavo Arhinmäki

"Jämställdhetspolitiken syftar till att utveckla de mekanismer som leder till och upprätthåller ojämlikhet mellan könen och följaktligen även ojämlika maktstrukturer och praxis."



Statssekreterare

Jarmo Lindén

Hälsa, trygghet och jämställdhet

FÖRORD5

DEN FINLÄNSKA MODELLEN6

Social- och hälsovårdsministeriet i kärnan av samhällspolitiken.....6

Strategiska beslut till stöd för arbetet.....6

Samarbete med förvaltningsområdet.....6

Lika rätt till social trygghet.....7

Jämställdhet i arbetslivet och beslutsfattandet.....7

Verksam inom EU och internationella organisationer.....8

VÄLFÄRDEN I GÅR, I DAG OCH I MORGON11

Finländarnas hälsa och funktionsförmåga12

Mer delaktighet och mindre fattigdom.....13

Välbefinnande i arbetet förbättras14

Längre arbetskarriärer15

Låga inkomster och långtidsarbetslöshet som utmaning.....16

Insatser för att minska långtidsbostadslösheten.....17

Stöd för barnfamiljernas välfärd.....17

Servicestrukturreformen ger starka kommuner18

Tjänsterna reformeras med nationellt utvecklingsprogram.....19

Tillträdet till vården tryggas – icke brådskande vård inom en viss tid.....19

Fungerande socialtjänster20

SIKTET INSTÄLLT MOT FRAMTIDEN21

Utmaningar inom social- och hälsovården22

Verksamheten fokuserar på att.....22

Förord

Social- och hälsovårdsministeriet har i uppgift att leda politiken när det gäller social- och hälsovården, jämställdheten och arbetarskyddet i Finland. Ministeriet verkställer regeringsprogrammet, det vill säga bereder lagstiftningen, leder utvecklingsarbetet och övervakar att reformer genomförs. Den expertis som finns inom förvaltningsområdets ämbetsverk och institutioner står till förfogande i detta arbete.

Social trygghet och välutvecklade välfärdstjänster utgör en viktig del av det finländska välfärdssamhället. Alla som är bosatta i Finland är berättigade till social trygghet samt social- och hälsovårdstjänster. Systemet omfattar hela landet, och varje år tar nästan alla medborgare del av åtminstone någon av de förmåner eller tjänster som hör till social- och hälsovårdsministeriets ansvarsområde.

Social- och hälsovårdsministeriet har lång erfarenhet av att planera och styra den sociala tryggheten. Vår strategiska vision är att ha ett socialt hållbart samhälle år 2020. Detta förutsätter att välfärden vilar på en stark grund som erbjuder alla lika möjligheter till välfärd samt en sund och trygg livsmiljö. Ett socialt hållbart Finland behandlar alla rättvist, främjar hälsan och funktionsförmågan samt erbjuder trygghet och tjänster för att stärka delaktigheten och gemenskapen.

Våra främsta utmaningar är en åldrande befolkning, sysselsättningen och den ekonomiska utvecklingen, att säkerställa en hållbar finansiering av och tillgång på social- och hälsovårdstjänster i alla regioner. Den globala ekonomin, Europeiska unionen och internationella åtaganden återspeglas i hög grad på den nationella verksamheten.

Det råder allmänt samförstånd om att social- och hälsovårdspolitiken utgör grunden för ett enhetligt samhälle. I många internationella undersökningar om länders välfärd placerar sig Finland mycket högt. Finländarna själva är också väldigt nöjda med sitt välfärdssamhälle. Utkomstskyddet samt social- och hälsovårdstjänster ska utvecklas i samma takt som samhället i övrigt. Tjänsterna och verksamheten omorganiseras som bäst inom hela social- och hälsovården.

Denna publikation ger en allmän bild av omfattningen, prioriteringarna och konceptet för social- och hälsovårdsministeriets verksamhet i Finland.

”Satsa inte på inbesparingar som i det långa loppet kostar dyrt.”

Kanslichef

Päivi Sillanaukee



DEN FINLÄNDSKA MODELLEN

Social- och hälsovårdsministeriet i kärnan av samhällspolitiken

Välfärdssamhället kan utvecklas och nå ekonomisk tillväxt förutsatt att arbetskraften mår bra och är arbetsför samt att så många som möjligt är med i arbetslivet.

Social- och hälsovårdsministeriet arbetar för att alla ska ha lika möjligheter till hälsa och social trygghet. Ministeriet integrerar jämställdhet mellan män och kvinnor i all verksamhet. Hela förvaltningsområdet arbetar för god hälsa och funktionsförmåga hos befolkningen, en sund arbets- och livsmiljö för alla samt garanterar tillräckliga social- och hälsovårdstjänster och en rimlig utkomst under olika perioder i livet.

Social- och hälsovårdsministeriets arbetsfält utgör kärnan i samhällspolitiken. Ministeriets långsiktiga riktlinjer styr arbetet för finländarnas välfärd och inverkar på samhällspolitikens prioriteringar.

Strategiska beslut till stöd för arbetet

Social- och hälsovårdsministeriet är inriktat på ett socialt hållbart samhälle år 2020. De strategiska prioriteringarna är:

- En stark grund för välfärden
- Alla ska ha möjlighet till välbefinnande
- Livsmiljön ska stödja hälsa och trygghet

Insatserna för att stärka jämställdheten är en väsentlig del av arbetet mot ett socialt hållbart Finland.

Ministeriets viktigaste uppgifter är att bereda och verkställa lagstiftning, styra förvaltningsområdets strategiska syften, bedriva samarbete inom EU och internationellt samt planera och följa upp verksamheten och ekonomin. Det praktiska arbetet fördelas på lagberedning samt samarbete och inflytande i anknäpning till olika projekt och omfattande program. I regeringsprogrammet ingår ett stort antal mål med syfte att förbättra människors hälsa och välfärd. Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för att de verkställs.

Samarbete med förvaltningsområdet

Social- och hälsovårdsministeriet och dess förvaltningsområde har gemensamma mål. Ämbetsverken och institutionerna genomför, inom ramen för sitt ansvarsområde, ministeriets samhälleliga mål och deltar i de projekt som finns med i regeringsprogrammet. Ministeriet ingår resultatavtal med institutionerna inom sitt förvaltningsområde. I avtalen fastställs målen för en period på fyra år. Varje år görs en utvärdering av resultatavtalens genomslagskraft och målen granskas.

Flera omfattande program pågår med syfte att förbättra såväl arbetslivskvaliteten som tillgången på social- och hälsovårdstjänster av hög kvalitet. Under senare år har ministeriets förvaltningsområde rationaliserat verksamheten samt förbättrat produktiviteten och kostnadseffektiviteten. När produktiviteten ökar tryggas möjligheten till en effektiv användning av samhällsresurserna under kommande år då befolkningen åldras och arbetskraften minskar.

Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för:

- social- och hälsovårdspolitiken
- att främja välfärd och hälsa
- miljö- och hälsoskyddet
- social- och hälsovårdstjänster
- socialförsäkringen (pensions-, sjuk- och arbetslöshetsförsäkring)
- att utveckla privata försäkringar
- arbetarskyddet
- att främja jämställdhet
- att samordna forskning och utveckling inom förvaltningsområdet
- internationellt samarbete på området

Lika rätt till social trygghet

Den sociala tryggheten i Finland är av universell karaktär. Det vill säga alla har allmän och lika rätt till sociala förmåner samt social- och hälsovårdstjänster. Var och en har möjlighet till pensionsskydd, sjuk- och föräldraförmåner samt arbetslöshetsförmåner. Alla arbetstagare har även rätt till arbetsrelaterade förmåner, till exempel arbetspension och förmåner vid olycksfall i arbetet.

De centrala delarna av den sociala tryggheten i Finland är att förebygga risker, erbjuda social- och hälsovårdstjänster samt garantera utkomstskydd. Mänskornas välfärd och utkomst i olika livssituationer tryggas genom ett landsomfattande servicesystem och sociala inkomstöverföringar. Ansvar för att utveckla dessa välfärdstjänster ligger hos social- och hälsovårdsministeriet, medan kommunerna ansvarar för att organisera social- och hälsovårdstjänsterna.

Trots att systemet är lagstadgat sköter privata försäkringsbolag en stor del av socialförsäkringen i Finland. De sociala utgifterna finansieras i huvudsak av arbetsgivarna, de försäkrade själva, staten och kommunerna.

Finland har valt denna modell som stöder social sammanhållning, rättvisa och jämlikhet. Inkomstöverföringarna har effektivt jämnat ut inkomstfördelningen, och fattigdomsgraden är bland de lägsta i EU-länderna. Alla barn under skolåldern har rätt till kommunal dagvård och följaktligen har mammor med småbarn haft möjlighet att i hög grad delta i arbetslivet.

Avsikten med att främja hälsa och välfärd är att minska olika risker och problem samt att stödja medborgarnas välbefinnande. Mänskornas uppmuntras att själva främja sin hälsa samt minska konsumtionen av tobak och alkohol. Problem och risker förebyggs även genom miljö- och hälsoskydd, primärvård, arbetarskydd, företagshälsovård samt mödra- och barnrådgivning. Avsikten är att aktivt förebygga fattigdom och utslagning redan på förhand. Här spelar social- och hälsovårdspolitiken en viktig roll såväl på nationell (stat) som lokal (kommun) nivå.

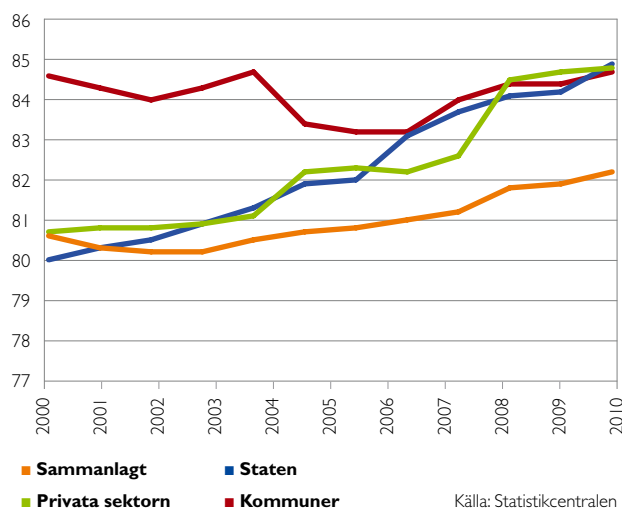
Jämställdhet i arbetslivet och beslutsfattandet

Jämställdheten är en viktig del av den nordiska välfärdsmodellen och även förutsättningen för ett rättvist samhälle. Jämställdheten mellan kvinnor och män är en grundläggande rättighet enligt grundlagen. Regeringen har förbundit sig att främja jämställdheten genom ett separat jämställdhetsprogram. Det genomgående temat i jämställdhetsprogrammet 2012–2015 är att alla politikområden ska genomsyras av arbetet för jämställdhet. Arbetarskyddsmyndigheterna stöder sig på arbetsavtalslagen och jämställdhetslagen för att övervaka diskrimineringsförbudet.

I likhet med de övriga EU-länderna har Finland gått inför att integrera ett jämställdhetsperspektiv. Avsikten är att inom ministeriernas och myndigheternas normala verksamhet utveckla sådan förvaltnings- och verksamhetssätt som främjar jämställdhet. Vart fjärde år kartläggs finländarnas uppfattningar och upplevelser om jämställdhet med en jämställdhetsbarometer.

Kvinnorna har fortfarande en svagare ställning på arbetsmarknaden. Det är svårt att få bort löneskillnaderna mellan kvinnor och män. Faktum är att det krävs jämlika löner för att arbetet ska vara produktivt. Syftet med likalönsprogrammet är att löneskillnaden mellan kvinnor och män ska minska och vara högst 15 procent till år 2015.

Figur 1. Kvinnornas inkomster i % av männens.



Källa: Statistikcentralen

Regeringen utreder hur beskattning och inkomstöverföring inverkar på den ekonomiska jämställdheten. Ett stort antal män kommer aldrig in i utbildning eller arbetslivet. Arbetet med att minska fattigdom, ojämlikhet och utslagning kräver även att hänsyn tas till vilken inverkan besluten har på män och kvinnor.

Det ska bli lättare att kombinera familj och yrkesliv. Detta sker genom att i högre grad beakta situationen för dem som återvänder till arbetet efter en familjeledighet. Då familjeledigheterna utvecklas ska olika typer av familjer tas i beaktande. Jämställdheten ska även bli en del av skolornas vardag. Jämställdhetsplanering ska finnas med i den grundläggande undervisningen och jämställdhet kommer även att ingå i grunderna för läroplaner och examina.

Kvinnornas del i det politiska beslutsfattandet har ökat på både lokal och nationell nivå. Jämställdhetslagen kräver att det finns lika många kvinnor och män i kommundirektorer och nämnder. Bland medlemmar i kommunala organ är en jämlik könsrepresentation redan verklighet.

Däremot är merparten av ordförandena fortfarande män. Även bolagens högsta ledning består fortfarande mest av män. I de största börsnoterade bolagen är kvinnornas andel av styrelsemedlemmarna redan nästan 30 procent, medan kvinnorna fortfarande är i klar minoritet när det gäller styrelser för små och medelstora företag samt ledarposter inom företagens affärsverksamheter.

Verksam inom EU och internationella organisationer

Den nationella politiken påverkas i allt högre grad av internationella och EU-frågor. Detta är en följd av:

- globaliseringen och världsekonomin
- klimat- och miljöfrågor
- hållbar utveckling
- befolkningens åldersstruktur
- informationssamhällets utveckling
- fattigdom och utslagning
- hälsorisker
- utmaningar till följd av växande hälsoskillnader

Social- och hälsovårdsministeriet har ett omfattande internationellt, multilateralt och bilateralt samarbete med organisationer, sammanslutningar och intressenter på regeringsnivå. Europeiska unionen har lagstiftningsbehörighet som binder medlemsstaterna även direkt.

Finland har hört till den ekonomiska och monetära unionen (EMU) och den reviderade stabilitets- och tillväxtpakten sedan de grundades. EMU har stabiliserat ekonomin och sänkt den höga och instabila räntenivån i Finland. Det behövs en stark ekonomi för att vara förberedd på växande socialutgifter till följd av den förändrade befolkningsstrukturen, strukturomvandlingen på arbetsmarknaden och globaliseringen.

EU vill förbättra rörligheten för personer, varor, tjänster och kapital. Social- och hälsovårdsministeriet är med och utvecklar unionens politik så att nationellt fungerande system kan samordnas med den fria rörligheten. På allt flera politikområden finns det en tätare samverkan än tidigare mellan EU:s inre marknad samt social- och hälsovårdspolitiken.

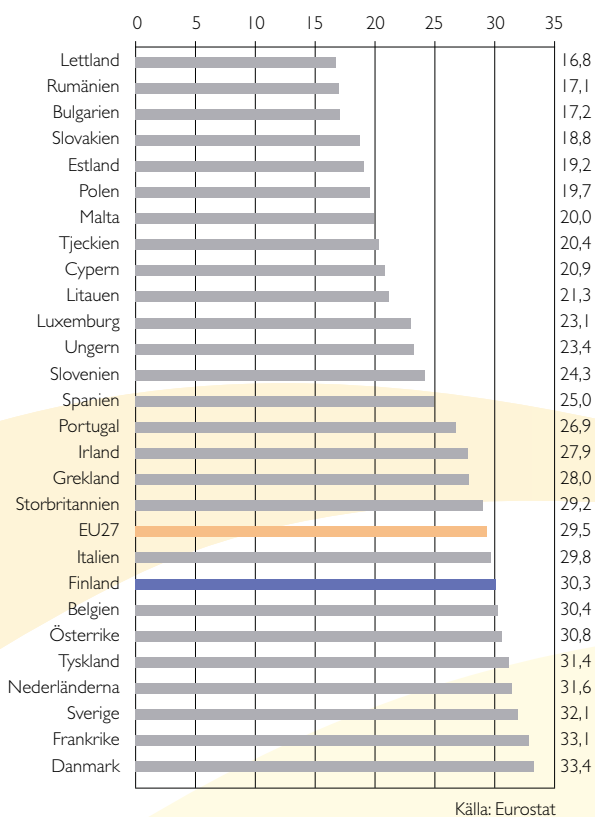
Europeiska unionens tillväxtstrategi har varit ett viktigt instrument inom den ekonomiska politiken, sysselsättningspolitiken och socialpolitiken. Den sociala dimensionen stärks genom Lissabonavtalet. Avtalet förklarar unionens lagstiftningsarbete. När det gäller att samordna socialskyddet fattas beslut med kvalificerad majoritet. Inom socialpolitiken kommer unionen i stort sett att ha samma behörighet som hittills. EU:s hälsovårdspolitik styrs av EU:s hälsovårdsstrategi för åren 2008–2013 som antogs år 2007. Det sker allt oftare att hälsovårdspolitiken tangerar och följaktligen påverkas av andra politikområden.

Social- och hälsovårdsministeriet deltar aktivt i verksamheten vid FN, WHO, ILO, Europarådet, OECD, Nordiska ministerrådet samt andra regionala organisationer på regeringsnivå. Social- och hälsovårdsministeriet är aktivt med i förvaltningsorgan och kommittéer vid FN och i dess fackorgan. Finland är part i de flesta betydande internationella människorättsavtal och stöder även bilateralt samarbete med andra länder, särskilt i närområdet.

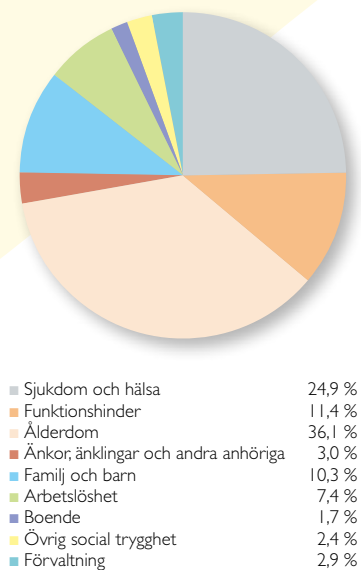
Gemensamt överenskomna globala eller regionala politiska syften och rättsliga åtaganden förutsätter nationella åtgärder. Finlands internationella politik betonar i synnerhet mänskliga rättigheter och jämlikhet samt vikten av att avskaffa diskriminering samt främja hälsa och välfärd. Social- och hälsovårdsministeriet vill synliggöra finländskt kunnande samt mål och metoder inom sitt förvaltningsområde och likväl stöda utbyte av bästa praxis internationellt.

FN:s millenniemål som antogs år 2000 utvärderas år 2015 då nya mål för det internationella arbetet ska ställas upp. Social- och hälsovårdsministeriet är aktivt med och definierar dessa mål. Den internationella politiken har blivit allt mer komplicerad i och med att nya aktörer (Brasilien, Indien, Sydafrika, Kina) har kommit in på arenan.

Figur 2. Socialutgifternas förhållande till BNP i EU-länderna år 2009.

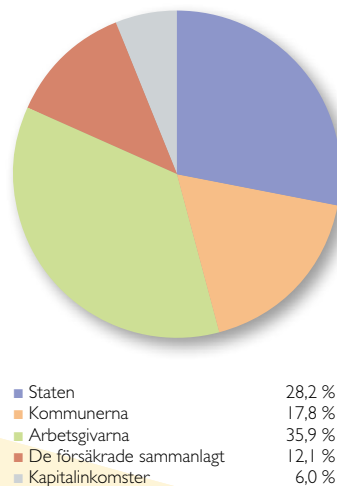


Figur 3. Socialutgifterna enligt målgrupp år 2011. (procent av alla utgifter, 57 mrd euro).



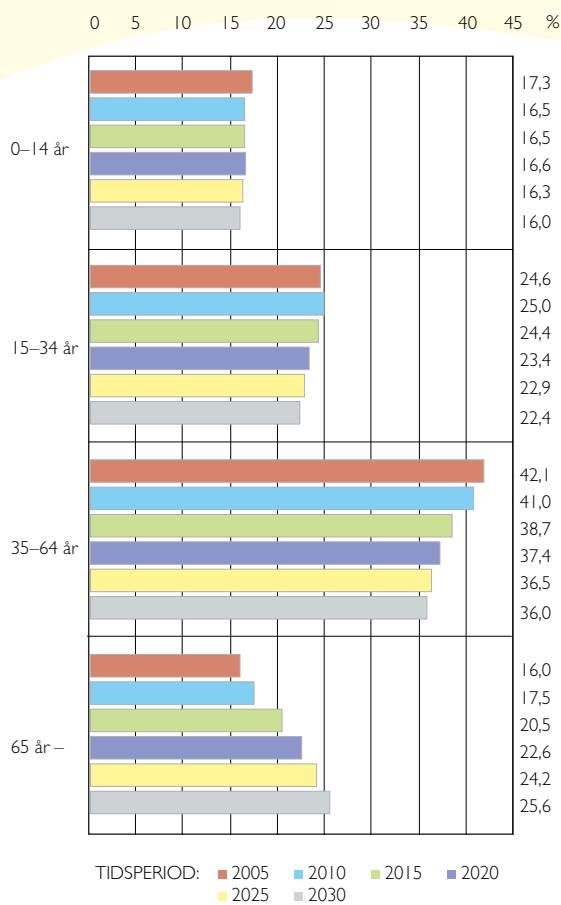
Källa: SHM

Figur 4. Socialskyddets totala finansiering i Finland år 2011.



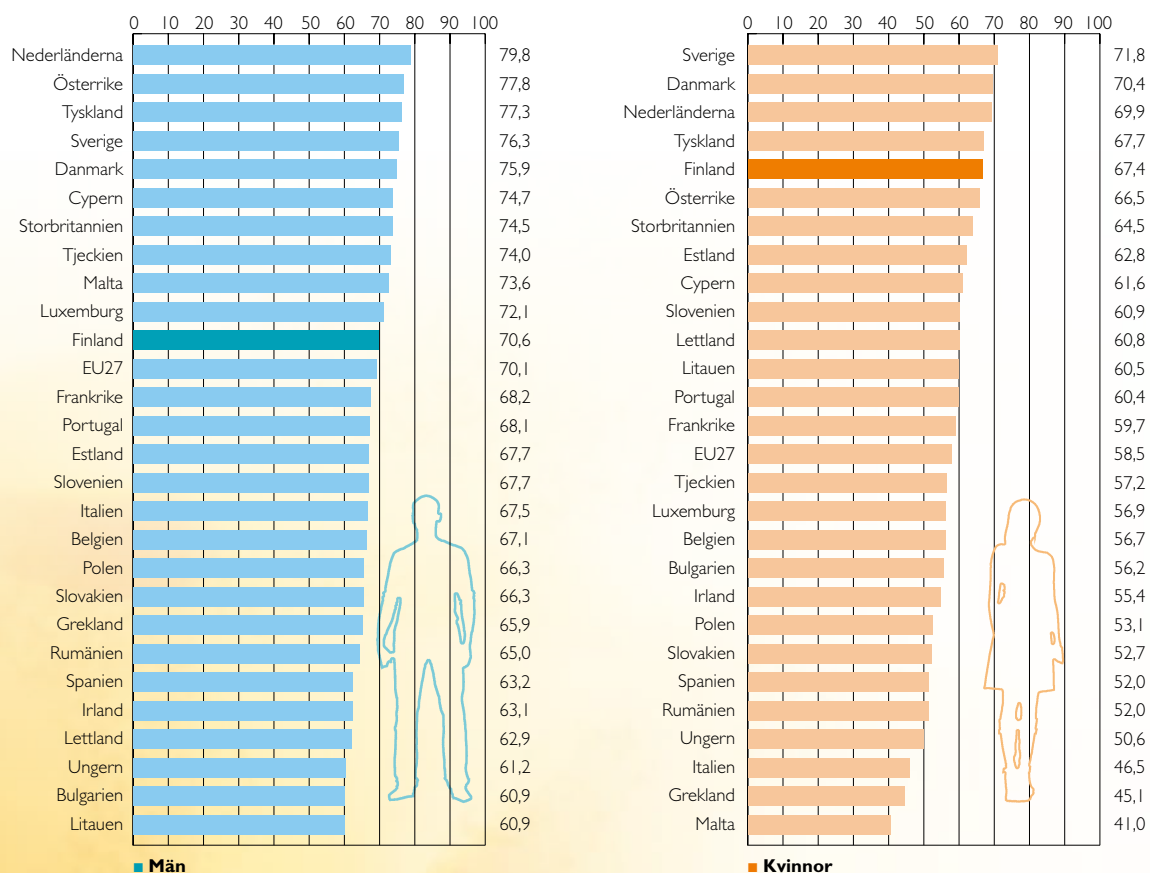
Källa: SHM

Figur 5. Befolkningsstrukturens utveckling enligt åldersgrupp i %.



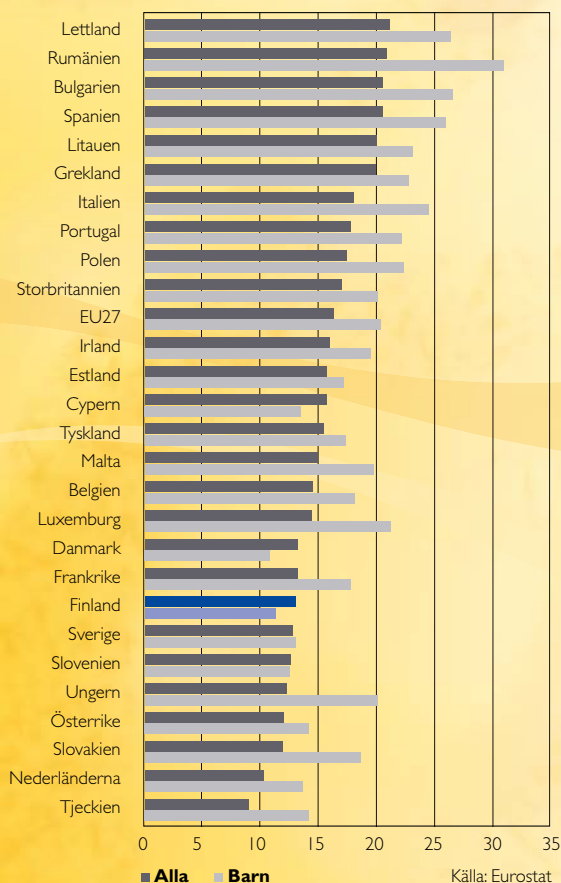
Källa: Statistikcentralen

Figur 6. Sysselsättningsgraden i EU-länderna år 2011.



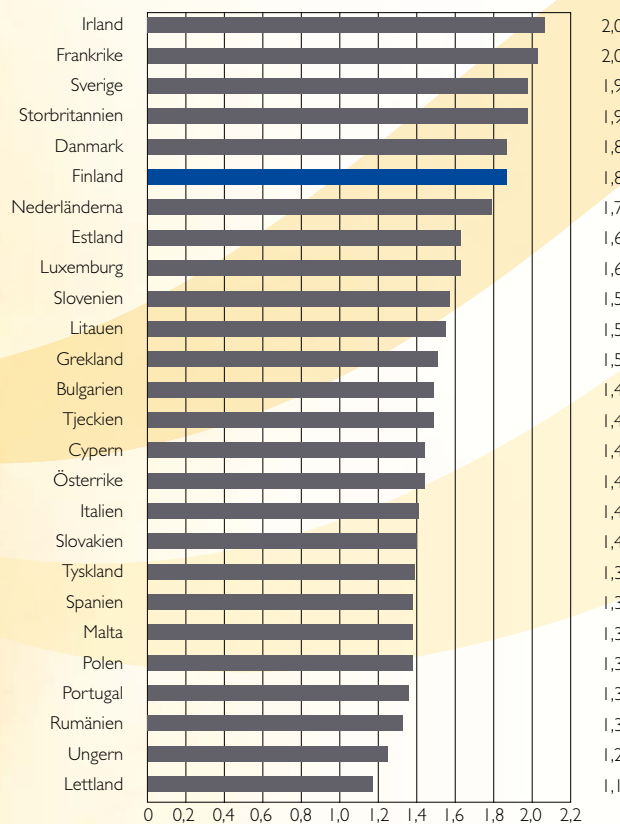
Källa Eurostat

Figur 7. Fattigdomsgraden i vissa EU-länder år 2010.



Källa: Eurostat

Figur 8. Den totala fertilitetsgraden i EU-länderna år 2010.



Det summerade fruktsamhetstalet, som beskriver nativiteten, har ökat något under senare år och ligger nu över genomsnittet i EU-länderna.

Källa: Eurostat



VÄLFÄRDEN
I GÅR, I DAG OCH
I MORGON

Finländarnas hälsa och funktionsförmåga

Finländarnas funktionsförmåga och hälsa har förbättrats i samtliga åldersklasser. Den förväntade livslängden ökar stadigt. Kvinnor lever sju år längre än män. Skillnaden är fortfarande stor sett ur ett internationellt perspektiv.

Likaså är hälsoskillnaderna fortsättningsvis stora såväl mellan sociala grupper som mellan könen, och även regionalt sett. Hälsoskillnaderna påverkas av skillnader i levnadsförhållanden och levnadssätt, främst när det gäller alkoholkonsumtion, tobaksrökning, kost och motion. Utbildnings- och inkomstnivån har en stark koppling till hälsan.

Programmet Hälsa 2015 drar upp riktlinjerna för den nationella hälsovårdspolitiken. Strategin lägger fokus på hälsofrämjande insatser. Samarbetsprogrammet överskrider förvaltningskommunernas gränser eftersom folkhälsan i väldigt hög grad påverkas av olika faktorer utanför hälsovården. Avsikten med programmet är att jämna ut hälsoskillnader mellan olika befolkningsgrupper och förbättra det hälsofrämjande samarbetet mellan förvaltningsområden. Hälso- och sjukvårdslagen som trädde i kraft år 2011 förpliktar kommunerna att följa upp invånarnas hälsa och välbefinnande.

Hälsan och arbetsförmågan har förbättrats bland personer i arbetsför ålder. Följaktligen har arbetskarriärerna blivit längre. Företagshälsovården kommer att omfatta allt fler samtidigt som kvaliteten och effektiviteten ska öka. När det gäller förebyggande verksamhet inom företagshälsovården bör fokus framöver ligga på att upprätthålla arbetsförmågan, bedöma arbetets hälsorisker och identifiera tecken på nedsatt arbetsförmåga. Arbetsmöjligheterna ska förbättras för personer med begränsad arbetsförmåga. Samarbetet mellan företagshälsovården, andra vårdinstanser och arbetsplatsen ska bli ännu smidigare med syfte att inleda vård och rehabilitering i ett så tidigt skede som möjligt.

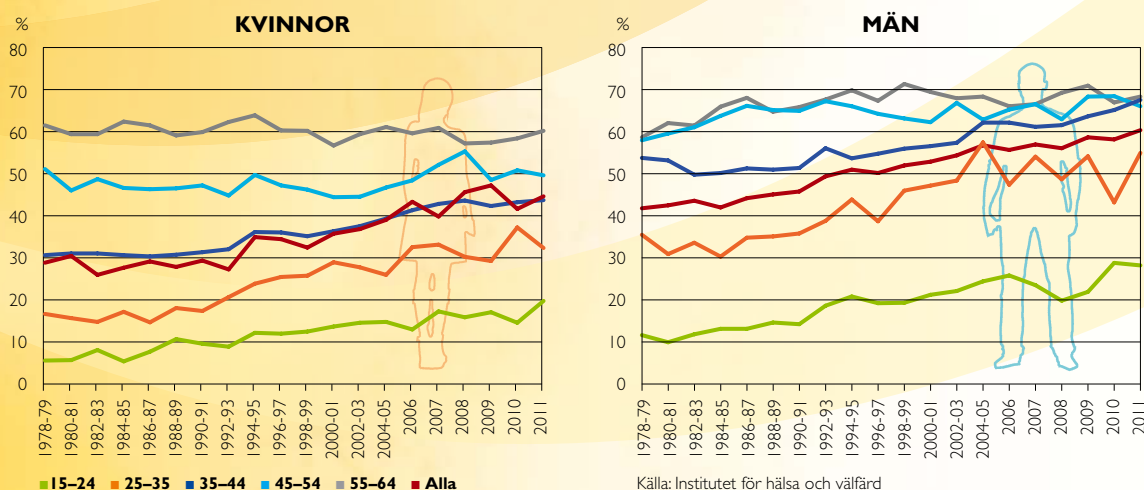
De ändringar som gjorts i sjukvårdslagen och lagen om företagshälsovård riktar in verksamheten mot tidiga insatser till stöd för arbetsförmågan. Företagshälsovårdens verksamhet regleras med författningar och tillämpas i praktiken med hjälp av handboken God företagshälsovårdspraxis samt en mångsidig utbildning för personalen inom företagshälsovården, specialistsjukvården och primärvården.

Avsikten är att förbättra 75 år fyllda personers förmåga att klara sig själv samt öka alla åldringars möjlighet att bo hemma. Andelen åldringar som bor hemma är oförändrad. Under de senaste åren har åldringarnas funktionsförmåga förbättrats. Avsikten är att ge personer med funktionsnedsättning bättre möjligheter att delta i yrkeslivet.

Mångåriga omfattande samarbetsprogram har syftat till att minska skadeverkningarna av missbruk av alkohol och narkotika. År 2004 slopades resenärernas begränsningar för införsel av alkohol från andra EU-länder till Finland och alkoholskatten sänktes. Den totala alkoholkonsumtionen steg omedelbart. Även skadeverkningarna blev vanligare och den mest dramatiska ökningen har de alkoholrelaterade dödsfallen stått för. Alkoholskatten höjdes tre gånger under åren 2008 och 2009. Konsumtionen har minskat en aning, men skadeverkningar ligger fortfarande på hög nivå.

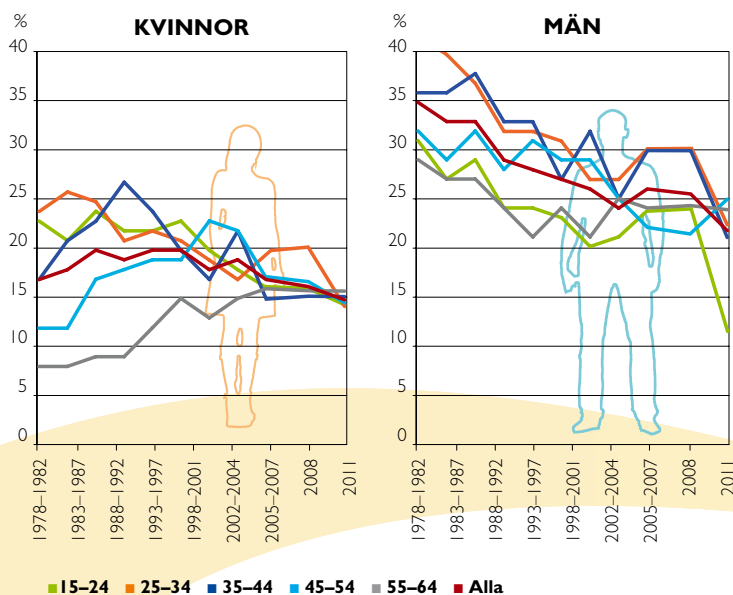
Under 2000-talet har narkotikamissbruket och skadeverkningarna hållits på samma nivå i Finland. Åtgärdsprogrammet för narkotikapolitiken har fokuserat på en tillräcklig och adekvat vård för narkomaner. Tobaksrökning bland män har minskat stadigt. Även de yngre åldersklasserna röker en aning mindre. Andelen kvinnliga rökare är nästan oförändrad. Skillnader i rökning mellan grupper med olika utbildningsnivå är fortfarande stora, och skillnaderna mellan kvinnliga rökare har ökat. Internationellt sett är andelen rökare låg.

Figur 9. Andelen överviktiga enligt åldersgrupp åren 1988–2011.



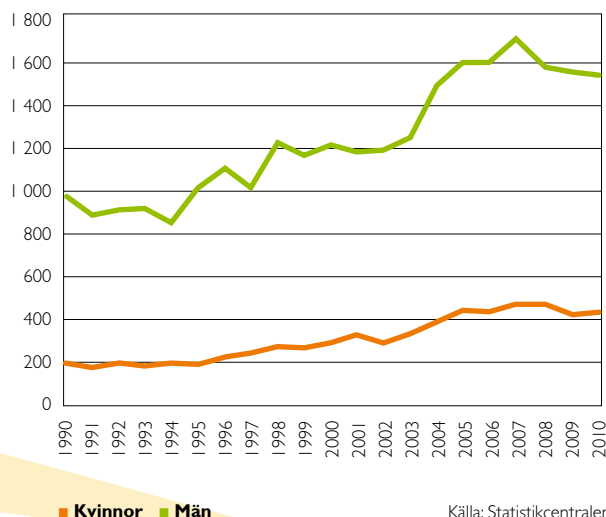
Källa: Institutet för hälsa och välfärd

Figur 10.
Andelen rökare enligt åldersgrupp åren 1978–2011.



Källa: Institutet för hälsa och välfärd

Figur 11. Alkoholrelaterade dödsfall under perioden 1990–2010.



Källa: Statistikcentralen

Psykiska hälsoproblem, särskilt depression har blivit vanligare och är den främsta orsaken till nya sjukpensioner. Antalet självmord har minskat redan en längre tid.

Avsikten är att minska såväl hälsoskillnaderna mellan olika befolkningsgrupper som unga mäns dödsfall till följd av våld och olyckor. Förekomsten av hjärt- och kärlsjukdomar samt antalet olycksfallsrelaterade dödsfall har minskat jämfört med tidigare. De sjukdomar som beror på livsstil och miljö, så som diabetes, astma och missbruksproblem, har däremot blivit vanligare. Numera är kranskärls- och cancersjukdomar i betydligt lägre grad dödsorsaken jämfört med tidigare.

Barn och unga mår huvudsakligen bra, men till exempel fetma har blivit vanligare. Fetma och övervikt håller på att utvecklas till ett folkhälsoproblem. Trots positiva trender behövs fortfarande insatser för att minska tobaksrökning och bruket av alkohol och narkotika. Även hälsoskillnaderna hos barn och unga visar hur deras sociala och ekonomiska bakgrund ser ut.

Statsrådets principbeslut (2008) drog upp riktlinjer för befolkningens fysiska aktivitet och hälsosamma kostvanor. Syftet är att en fysiskt aktiv livsstil och en kost som följer näringsrekommendationerna ska bli vanligare inom alla befolkningsgrupper, men särskilt bland de svagaste i samhället.

Det internationella samarbetet för bekämpning av smittsamma sjukdomar har blivit allt viktigare sär-

skilt till följd av hot om pandemier. Då svininfluensan (H1N1v) bröt ut år 2009 ökades beredskapen genom att vaccin beställdes för hela befolkningen. Det nationella vaccinationsprogrammet utvecklas kontinuerligt för att minska smittsamma sjukdomar med hjälp av nya vaccin.

Mer delaktighet och mindre fattigdom

Det högst prioriterade projektet för statsminister Jyrki Katainens regering är att förebygga fattigdom, ojämlikhet och utslagning. De ekonomiska villkoren för dem som har det sämst ställt ska förbättras. Syftet är att minska långtids- och strukturarbetslösheten, behovet av långvarigt utkomststöd samt fattigdom bland barnfamiljer. I framtiden skulle olika förvaltningsområden tillsammans ansvara för de lokala tjänsterna. Avsikten är att erbjuda flera olika typer av socialarbete, så som förebyggande hälsojourer för barn och unga samt tjänster inom missbrukarvården, mentalvården och barnskyddet.

Social- och hälsovårdsministeriet vill öka samarbetet mellan olika förvaltningsområden i syfte att bekämpa utslagning. Det är viktigt att minska bostadslösheten och utveckla välfungerande tjänster inom narkomenvården. Den offentliga sektorn får stöd av tredje sektorns starka engagemang, och här är Penningautomatföreningen (PAF) en viktig finansiär.

Social delaktighet och arbete ger den bästa sociala tryggheten. Heltidsarbete är den bästa garantin mot allt för små inkomster i hushållet. Människor undviker social utslagning om de utöver ovan nämnda har tillräckliga förmåner samt välfungerande basservice, rimliga boendekostnader, känner sig delaktiga i närmiljön och har möjlighet att delta i samhället efter sin förmåga.

Andelen av befolkningen som är låginkomsttagare både under kortare och längre perioder har vuxit under senare år. Merparten av låginkomsttagarna är deltidsanställda, låginkomstpensionärer, studerande, arbetslösa eller har av andra skäl blivit utanför arbetslivet. Bland tiondelen med lägst inkomster har inkomstutvecklingen varit långsammare än hos hushållen i genomsnitt. I den högsta inkomstklassen har tillväxten varit snabbare.

Inkomstklyftorna ökar hälsoskillnaderna. Männens förväntade livslängd växer inte längre i de två lägsta inkomstfemtedelarna. Antalet långtidsarbetslösa har börjat öka efter det att lågkonjunkturen började år 2008. En stor del av de långtidsarbetslösa är över 50 år. Även ungdomsarbetslösheten har vuxit, men de unga är utan arbete under kortare perioder.

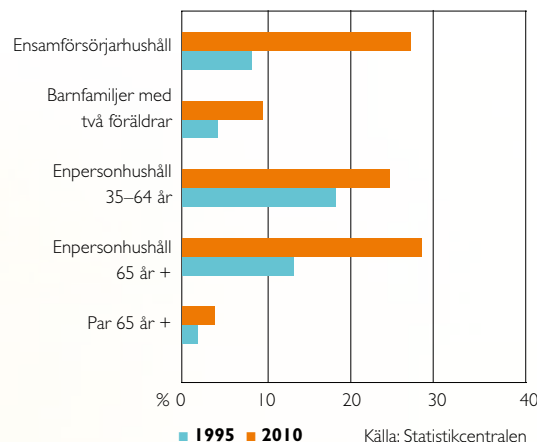
Vart fjärde år görs en bedömning av om grundskyddet är tillräckligt. Granskningen gäller enskilda förmåner, till exempel utöver de förmåner och utkomststöd som utbetalas av FPA även grundläggande utkomst och faktorer som inverkar på den. Motivationsproblemen minskar genom att makens inkomster inte längre inverkar på arbetsmarknadsstödet.

Sysselsättningsgraden bland unga ska förbättras. Den viktigaste åtgärden är den så kallade ungdomsgarantin som träder i kraft i början av år 2013. Alla under 25 år samt nytexaminerade under 30 år erbjuds arbets-, praktik-, utbildnings- eller rehabiliteringsplats inom tre månader.

Försöket med en arbetsbank för att sysselsätta långtidsarbetslösa och delvis arbetsföra kommer att utvidgas till att bli riksomfattande. Arbetsbankerna öppnar en väg till arbetslivet för dem med svag position på arbetsmarknaden. Även försöket med sysselsättningspenning syftar till att människor ska få arbete. Långtidsarbetslösa i de kommuner som deltar i försöket får arbetsmarknadsstöd ännu under den första månaden i arbete.

De delvis arbetsföra borde uppmuntras att delta i arbetslivet genom att samordna lönen och socialskyddet sinsemellan på ett bättre sätt. Låginkomsttagarnas ekonomi förbättras i och med förhöjningar i grundskyddet, minimiförmåner och bostadsbidraget.

Figur 12. Andelen låginkomsttagare i olika typer av familjer åren 1995 och 2010.



Välbefinnande i arbetet förbättras

Till de viktiga målen inom arbetarskyddet hör att upprätthålla arbetstagarnas arbets- och funktionsförmåga samt förebygga arbetsolyckor och yrkessjukdomar. Arbetarskyddet stöder ett fysiskt och psykiskt välbefinnande i arbetet samt ger förutsättningar att orka i arbetet även på längre sikt. Alla dessa delar förutsätter yrkeskompetens. Arbetarskyddet minskar även den psykosociala belastningen. Avsikten är att företagen ska ha ett sådant säkerhetsledningssystem som ökar tryggheten på arbetsplatserna. Människor trivs och mår bra om insatser görs för välbefinnandet i arbetslivet. Samtidigt ökar produktiviteten och konkurrenskraften.

Det är alltid arbetsgivaren som ansvarar för arbetsförhållandena. Ansvarsområdena för arbetarskyddet vid regionförvaltningsverken övervakar att arbetarskyddslagstiftningen följs på arbetsplatserna. Myndighetstillsynen riktar främst till sådana branscher och arbetsplatser där övervakningen bedöms ha största effekt.

Arbetarskyddsförvaltningen stöder arbetsgivarna när det gäller skyldigheter i anknytning till arbets säkerhet och välbefinnande i arbetet. Vidare har den i uppgift att utreda arbetsförhållandenas ekonomiska effekter och ekonomiska fördelar som sporrar till att förbättra arbetsmiljön. Forum för välbefinnande i arbetet är ett riksomfattande kontaktnät som startats för att främja dessa frågor.

Förhoppningen är att skapa hälsosamma och säkra arbetsförhållanden och på så sätt öka välbefinnandet på arbetsplatserna. Åtgärderna syftar till att minska

- yrkessjukdomarna med 10 procent
- frekvensen för arbetsplatsolyckor med 25 procent
- upplevd fysisk belastning med 20 procent
- upplevd psykisk belastning med 20 procent

Avsikten är att nå dessa mål till år 2020.

Företagshälsovård och rehabilitering ska även bli mer lättillgängliga än tidigare. Under de senaste tio åren har det funnits omfattande program som syftat till att sporra människor att fortsätta arbeta. Människors förmåga, vilja och möjlighet att arbeta ska framöver förbättras. Under åren 2012–2015 är arbetskyddsmyndighetens arbete i synnerhet inriktat på att förlänga arbetskarriärerna och bekämpa den grå ekonomin.

Det ska bli lättare för anställda att återvända till arbetet efter sjukfrånvaro och vidare ska bedömningen av arbetsförmågan bli effektivare. Vid långvariga sjukdomar ska företagsläkaren utreda i hur hög grad arbetstagaren ändå är arbetsför. Arbetsgivaren ska även i samråd med arbetstagaren och företagshälsovården utreda möjligheterna att fortsätta i arbete.

Hälsan och säkerheten i arbetet har förbättrats såväl inom EU som på den globala arenan till följd av Europeiska arbetsmiljöbyråns kampanjer. Temat för åren 2012–2013 är Samverkan för att förebygga risker, medan Psykosociala risker är på agendan åren 2014–2015.

Antalet olycksfall i olika branscher är i det närmaste oförändrat i en jämförelse branscherna emellan. Däremot finns det stora skillnader i antal olycksfall inom branscherna. De flesta arbetsolycksfall sker inom byggbranschen. Trots detta har många företag som deltagit i säkerhetstävlingar lyckats förhindra alla arbetsolycksfall på en enskild byggsplats.

- Antalet arbetsolycksfall har varit tämligen oförändrat under de senaste tio åren.
- En preliminär bedömning för år 2011 visar att löntagare råkade ut för drygt 130 000 arbets-olycksfall.
- Varav 110 000 skedde på arbetsplatsen och 22 000 under arbetsresan.
- Antalet arbetsolycksfall minskade drastiskt från år 2008 till år 2009, och den ekonomiska recessionen anses vara den viktigaste orsaken.
- År 2011 rapporterades 28 arbetsolycksfall med dödlig utgång.
- Antal dödsfall i arbetet har minskat betydligt sett i ett längre perspektiv.

Det är fortfarande vanligt med tungt fysiskt arbete. Under senare år har mängden kroppsarbete bland kvinnor rentav ökat inom industrin samt hotell- och restaurangbranschen. Arbetsrelaterad stress är ändå det snabbast växande arbetsmiljöproblemet.

Längre arbetskarriärer

Antalet personer med invalidpension har varit nästan oförändrat under senare år. Antalet nya mottagare av invalidpension har till och med minskat under åren 2009 och 2010. Det är i regel sjukdomar i rörelseorganen och mentala hälsoproblem som leder till invalidpension.

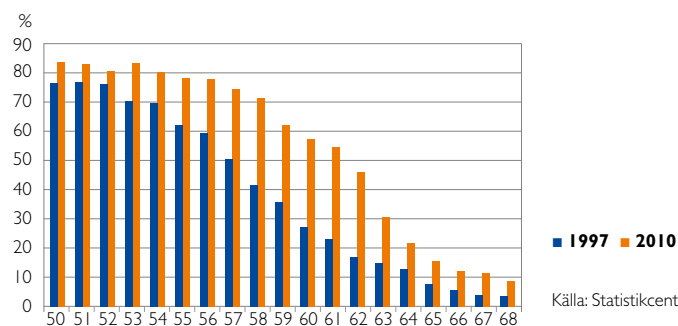
Antalet pensionstagare med ålderspension har ökat i takt med att befolkningen åldras. I dag finns det betydligt färre pensionstagare med olika typer av förtidspensioner än tidigare. Folkpensionens betydelse har minskat eftersom de nya pensionstagarna allt oftare har arbetspension.

Folkpensionärernas utkomst förbättrades genom en garantipension som i synnerhet ökar kvinnliga låginkomsttagares pension. Det finländska arbetspensionssystemet uppmuntrar de äldre att fortsätta i arbetslivet. Anställda kan gå i pension vid 63 års ålder eller fortsätta i arbetslivet till fyllda 68 år.

Jämfört med tidigare deltar äldre i arbetslivet i högre grad och går senare i pension. Detta är en följd av pensionsreformen samt riktade insatser som genomförts för att utveckla arbetet och arbetslivet samt upprätthålla arbetsförmågan. Äldre arbetstagare, längre arbetskarriärer och aktiva arbetslivsperioder uppskattas i högre grad än tidigare. År 2011 var den genomsnittliga pensionsåldern 60,5 år inom arbetspensionssystemet. Pensionsåldern har stigit med 18 månader jämfört med nivån före pensionsreformen.

Insatser kommer att sättas in som förlänger nya arbetskarriärer och stöder välbefinnande i arbetet. Den förtida ålderspensionen slopas i syfte att förlänga arbetskarriärerna. Åldersgränsen höjs för såväl deltidspensionen som de så kallade tilläggsdagarna vid inkomstrelaterad arbetslöshetsersättning. Delvis arbetsföra personer har bättre möjligheter att delta i arbetslivet då lönen och socialskyddet samordnas sinsemellan. Arbetsförmågan upprätthålls med rehabilitering i rätt tid. Regeringen och arbetsmarknadsorganisationerna har siktet inställt på att följande arbetspensionsreform ska träda i kraft år 2017.

Figur 13. Sysselsättningsgraderna för personer i åldern 50–64 år under åren 1997 och 2011.

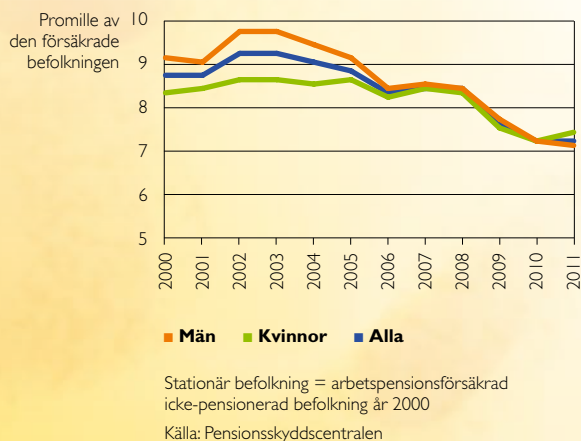


Källa: Statistikcentralen

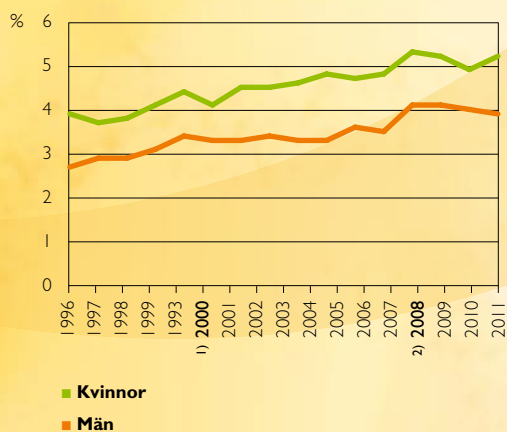
Antalet sjukfrånvarodagar ökade en aning bland kvinnorna, medan de minskade bland männen. De främsta orsakerna till sjukfrånvaro var sjukdomar i rörelseorganen samt psykiska hälsoproblem. Varje år beviljas 4 000 personer invalidpension på grund av depression.

Partiell sjukdagpenning togs i bruk år 2007 med syfte att förebygga utdragna sjukledigheter och beständig arbetsoförmåga. Partiell sjukdagpenning är till stöd för rehabiliteringen och en återgång i arbete.

Figur 14. Ålderstandardiserat antal nya invalidpensioner inom arbetspensions-systemet 2000–2011.



Figur 15. Sjukfrånvarodagarnas andel av de sysselsattas arbetsdagar 1996–2011.



Arbetslöshetsskyddet utvecklas på ett sådant sätt att det uppmuntrar att delta i aktiva åtgärder så som arbetasträning, praktik eller stödd sysselsättning. Arbetslöshetsskyddet syftar även till att förlänga arbetskarriärerna från och med år 2014. Arbetslöshetsskyddet förkortas med 100 dagar om den arbetslösa inte deltar i de aktiva åtgärder som ingår i sysselsättningsplanen. Effekten av de aktiva åtgärderna stärks genom att en högre dagpenning betalas ut under en kortare period. Arbetslöshetsskyddet förkortas för unga och arbetslösa med lite arbetslivserfarenhet för att de snabbare ska komma in i arbetslivet.

Låga inkomster och långtidsarbetslöshet som utmaning

Andelen låginkomsttagare av hela befolkningen steg under 2000-talet, men tillväxten har stannat under senare år. Det är ofta samma befolkningsgrupper som löper risk att drabbas av fattigdom samt utslagning från arbetsmarknaden och utbildning. Det råder stora regionala skillnader i fråga om utkomst och sysselsättning.

Den ekonomiska lågkonjunkturen ledde till att allt fler fick arbetslöshetsersättning och utkomststöd, men antalet stödtagare har sakta börjat minska. I slutet av år 2012 är arbetslöshetsgraden cirka 8 procent. Om de ekonomiska problemen fortsätter förväntar man inte att sysselsättningsläget nämnvärt förbättras inom de närmaste åren.

Särskilt oroande är i synnerhet det växande antalet långtidsarbetslösa och personer med utkomststöd samt den allt mer utbredda ungdomsarbetslösheten. Arbetsförhållandena har förbättrats och den faktiska pensionsåldern har stigit. Antalet sjukpensioner minskar, men är fortfarande stort. I synnerhet depression har blivit en allt vanligare orsak till arbetsoförmåga.

Behovet av socialskydd har ökat sedan år 2008 till följd av den globala finanskrisen, finansieringsproblemen inom den offentliga sektorn samt en växande arbetslöshet. Allt detta har även lett till svårigheter att finansiera socialskyddet. Socialutgifternas andel av BNP har vuxit under senare år. I en jämförelse på EU-nivå ligger Finlands utgifter trots allt i nivå med genomsnittet för hela EU.

År 2011 uppgick socialutgifterna till cirka 57 miljarder euro, varav drygt en tredjedel finansierades via statsbudgeten. Socialutgifternas andel av BNP är cirka 30 procent. Merparten av socialutgifterna består av pensioner, kommunernas social- och hälsovårdstjänster, arbetslöshetsskyddet samt sjukförsäkringen.

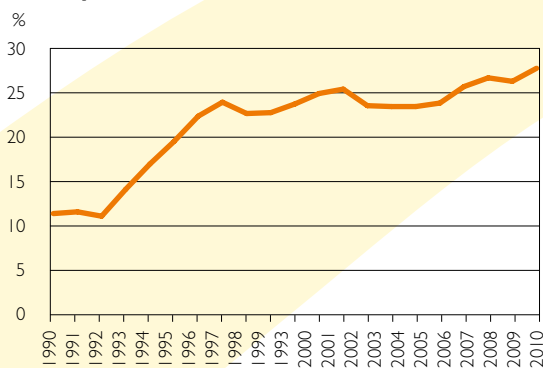
Insatser för att minska långtidsbostadslösheten

Behovet av missbrukarvårdstjänster har ökat, men trots det har människor inte sökt vårdtjänsterna oftare än tidigare. Antalet mentalvårdsbesök har ökat en aning, medan antalet mentalvårdspatienter i institutionell vård har minskat. Andelen personer som går i pension till följd av mentala problem har ökat i oroväckande grad. Detta gäller i synnerhet unga.

Antalet klienter med utkomststöd visar inte längre någon tillväxt. Däremot ökar antalet långtidsklienter med utkomststöd. Behovet av stöd under långa perioder är fortfarande ett stort problem. I samma takt som sysselsättningsläget försämrats ökar olika arbetslöshetsförmåner. Boendeutgifterna ökar snabbare än inkomsterna och drabbar främst låginkomsttagare. Höga boendeutgifter leder till att låg- och höginkomsttagare bor på skilda områden.

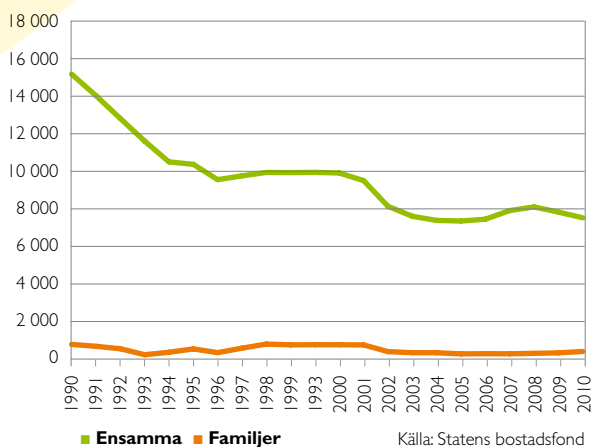
Med utkomststödet som social garanti säkerställs att kommuninvånarna inom en viss tid blir socialskyddets klienter och får utkomststöd.

Figur 16. Andelen personer med utkomststöd i 10–12 månader av alla utkomststöds-klienter under perioden 1990–2010.



Källa: Institutet för hälsa och välfärd

Figur 17. Antalet bostadslösa under perioden 1990–2011.



Källa: Statens bostadsfond

Antalet bostadslösa har minskat. Programmet för minskning av långtidsbostadslöshet har lett till att de mest utsatta har fått en egen bostad. Avsikten är att bostadslösheten ska halveras till år 2011 och helt avskaffas före utgången av år 2015. Situationen för bostadslösa i huvudstadsregionen har förbättrats genom ett särskilt bostadslöshetsprogram. Syftet är att motverka utslagning genom tidiga insatser för att lösa olika problem bland barn och unga, stödja invandrades integration, genomföra alkohol- och narkotikaprogram samt förebygga kriminalitet.

Tredje sektorn spelar en central roll i arbetet mot fattigdom och utslagning. Medborgarorganisationer har tagit ansvar för olika förebyggande verksamheter och producerar tjänster för specialgrupper. År 2013 kommer Penningautomatföreningen (PAF) att finansiera denna verksamhet med cirka 300 miljoner euro.

EU:s öppna koordineringsmetod har ökat medlemsländernas samarbete i syfte att minska fattigdom och utslagning. EU finansierar för närvarande ett flertal insatser som syftar till att få de mest svårssysselsatta i arbete. Ett av syftena med strategin EU2020 är att fattigdomen ska minska avsevärt.

Stöd för barnfamiljernas välfärd

Föräldraskap och familjernas sammanhållning ska stödjas för att underlätta barnfamiljernas vardag. Avsikten med bland annat barnbidraget är att utjämna de kostnader barnfamiljer har för att inte försätta familjerna i en ojämlig ställning sinsemellan. Barn ges en möjlighet att växa upp och utvecklas i en trygg miljö. Det ska även bli lättare att kombinera familj och yrkesliv.

Fattigdomen bland barnfamiljer har blivit vanligare. Låga inkomster bland ensamstående föräldrar är fortfarande ett stort problem. Den relativa fattigdomen är ändå låg i Finland jämfört med de flesta andra EU-länderna.

I regeringsprogrammet ingår ett flertal förhöjningar när det gäller förmåner för barnfamiljer. Barnbidraget för ensamförsörjare har höjts. Miniminivån på moderskaps-, faderskaps- och föräldrapenningen samt sjukdagpenningen har höjts till samma nivå som arbetsmarknadsstödet och samtidigt kopplats till folkpensionsindex. Barnombudsmannen har befäst sin ställning som förespråkare för barnens intressen.

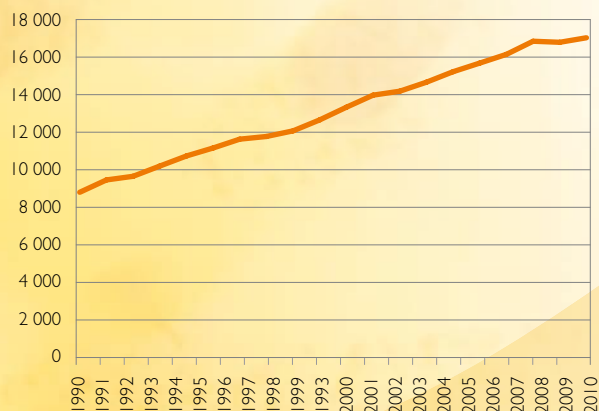
Barnbidrag och barndagvården hör till de viktigaste familjepolitiska stöden för barnfamiljer. Barnfattigdomen är låg i Finland jämfört med de övriga EU-länderna. Antalet barnfamiljer som lever under fattigdomsgränsen har emellertid fördubblats sedan 1995. Svårast är

situationen för flerbarnsfamiljer och ensamstående föräldrar. Drygt en fjärdedel av ensamförsörjarfamiljerna lever under fattigdomsgränsen.

Svårigheten med att kombinera familj och arbete ska rättas till. Kostnaderna för familjeledigheter fördelas jämnt mellan alla arbetsgivare för att undvika att endast kvinnodominerade branscher betalar merparten.

Sedan början av 1990-talet har papporna tagit ut familjeledigheter i allt större utsträckning. År 1990 tog 42 procent av papporna ut pappaledighet medan motsvarande tal för år 2010 var hela 72 procent. Papporna kan ta ut en pappaledighet på cirka två månader. Avsikten är att båda föräldrarna ska ha samma möjlighet att vara med sina barn medan de är små. Pappaledigheten inverkar inte på föräldraledigheten. Ändringen förlänger ena föräldrarnas föräldraledighet med två veckor samt ökar längden på pappaledigheten.

Figur 18. Barn som placerats utanför hemmet åren 1991–2011. Det är fråga om tillfällig placering på grund av barnskyddsskäl.



Källa: Institutet för hälsa och välfärd

Fortfarande är ett stort antal barn och föräldrar i behov av särskilt stöd. Antalet barn som omhändertas eller placeras utanför hemmet ökar stadigt. Orsaker till att barn omhändertas är föräldrarnas långtidsarbetslöshet, psykiska hälsoproblem och även ett alltmer utbrett bruk av alkohol och droger bland föräldrar eller barn. Däremot har antalet barn och unga i barnskyddets öppenvård minskat.

Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste) innebär att tjänsterna för barn, unga och barnfamiljerna utvecklas i hela landet. Fem stora utvecklingsprojekt får bland annat statligt stöd. Inom ramen för projekten kopplas sådana tjänster samman som stöder barnets utveckling, förebygger samt korregerar problem och störningar.

En allt större del av barnen under skolåldern är i dagvård. Andelen barn i åldern 3–5 år som vårdas utanför hemmet har stigit till 73 procent. Motsvarande andel för barn i åldern 1–2 år är 42 procent. Merparten av dem vårdas hemma med hemvårdsstöd.

Nästan alla 6-åringar deltar i förskoleundervisningen. Under de senaste åren har skoleleverna fått allt mer för- och eftermiddagsverksamhet. Föräldrar till barn i årskurs 1 eller 2 som arbetar högst 30 timmar per vecka får dessutom en liten ersättning för den förkortade arbetstiden.

Servicestrukturen ger starka kommuner

Kommunreformen syftar till att skapa livskraftiga kommuner och hör till de viktigaste målen för statsminister Jyrki Katainens regering. Den andra viktiga reformen gäller servicestrukturen inom social- och hälsovården som syftar till att säkerställa tjänster av hög kvalitet i rätt tid för alla, oberoende av hemkommun. Avsikten med servicestrukturen är att skapa ett service-system som bygger på starka kommuner. Detta förutsätter bredare befolkningsunderlag än i dagsläget. Kommuner eller social- och hälsovårdsområden med ansvar för social- och hälsovårdstjänsterna kan på så sätt även ekonomiskt klara av uppgiften samt erbjuda service på jämlikare villkor än tidigare.

Kommunens ekonomi behöver vara i balans eftersom befolkningen åldras. Kommunerna ska även ta hand om samhällets basstrukturer och se till att det finns tillgång på kompetent personal inom alla dessa områden.

I det riksomfattande Kaste-programmet (2012–2015) revideras bestämmelserna om tillträde till vård. Social- och hälsovårdsministeriet, Institutet för hälsa och välfärd samt Finlands Kommunförbund kartlägger tillsammans hur väl den lagstadgade tillgången på vård verkställs och vilka andra faktorer inom hälso- och sjukvården som ger upphov till köer.

Ändringar görs i speciallagstiftningen inom socialvården. Reformarbetet fortsätter när det gäller social- och hälsovårdens strukturer.

Tjänsterna reformeras med nationellt utvecklingsprogram

Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste) syftar till att skapa, bedöma, sprida och integrera bästa praxis. Programmet samlar allt det utvecklingsarbete som pågår inom social- och hälsovården, och införlivar andra viktiga program inom förvaltningsområdet. Syftet är att minska välfärdsklyftorna och hälsoskillnaderna samt organisera social- och hälsovårdens strukturer utifrån klienternas behov. I stället för att ta hand om problem ska de förebyggas. Samtidigt främjas människornas fysiska, psykiska och sociala välbefinnande.

Kaste-programmet är indelat i sex delprogram som ska:

- öka riskgruppernas möjlighet till delaktighet, välfärd och hälsa
- förbättra tjänster för barn, unga och barnfamiljer
- reformera strukturen och innehållet i tjänster för äldre
- stärka servicestrukturen och basservicen
- öka klienternas och personalens kunskande om datasystem
- stödja servicestrukturreformen och välfärden med hjälp av bra ledarskap

Det finns en riksomfattande plan för att genomföra målen för Kaste-programmet under perioden 2012–2015. I programmet förenas regeringsprogrammet samt ministeriets strategi.

Huvudsyftet är att öka kommuninvånarnas delaktighet, förbättra befolkningens hälsa och välfärd, minska såväl utslagning som skillnader i välfärd och hälsa. Dessutom ska kvaliteten liksom tillgången och effektiviteten på tjänsterna förbättras. Avsikten är att minska de regionala skillnaderna. Fokus läggs i synnerhet på utvecklingen av tjänster för äldre samt barn och familjer.

Tillträdet till vården tryggas – icke brådskande vård inom en viss tid

Hälso- och sjukvårdslagen styr innehållet för all hälso- och sjukvård. Lagen fastställer den längsta väntetiden för när patienter ska få vård. Institutet för hälsa och välfärd följer regelbundet med hur snabbt patienten får icke brådskande vård inom primärvården och specialsjukvården. Det har funnits stora skillnader mellan hälsovårdscentralerna när det gäller väntetiden för att träffa läkare.

Situationen inom munhälsovården har blivit bättre.

- Antalet patienter som väntat på vård över tre månader uppgick till 30 000 i mars 2012. Det är cirka åtta procent mindre än i oktober 2011.
- Dessutom fanns det totalt 12 200 som hade väntat på vård över 6 månader. Det är i sin tur 12 procent mindre än i oktober 2011.

Situationen har försämrats inom den specialiserade sjukvården.

- Antalet patienter som väntat på vård över 6 månader ökade med 700 under sommaren 2012.
- I slutet av augusti väntade drygt 73 000 patienter på vård vid sjukvårdsdistrikten och till den specialiserade sjukvården inom primärvården.
- Av dem hade cirka 1 800 väntat på vård över 6 månader.

Social- och hälsovårdsministeriet inleder en utredning för att granska hur väntetiderna till vården fungerar i praktiken. I programmet ingår åtgärder som ska säkerställa en tillräcklig tillgång på tjänster.

Hälso- och sjukvårdslagen ger medborgarna en möjlighet att få sin röst hörd som användare av hälso- och sjukvårdstjänster. Det samma gäller även patientens inflytande i då den egna vårdplanen utarbetas. Patienten sätter upp mål för tillfrisknandet som sedan genomförs med gemensamt överenskomna tjänster som planerats av personalen.

Väntetider till vård

- Patienter i behov av akut vård tas omedelbart om hand.
- Telefonkontakt ska omedelbart fås med hälsovårdscentralen under tjänstetid, det vill säga under angivna öppettider.
- Vårdbehovet ska bedömas vid hälsovårdscentralen inom tre dagar från patientkontakten.
- Bedömningen kan ske per telefon. Vårdbehovet kan även bedömas av annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare.
- Enligt remisser som kommit till sjukhuset ska patientens vårdbehov bedömas av en läkare inom tre veckor.
- Om läkaren anser att patienten är i behov av sjukhusvård ska vården inledas senast inom sex månader.

Till slutet av år 2013 kan kommuninvånarna själva välja vilken hälsostation de vill anlita inom kommunen eller samarbetsområdet för att få tjänster inom primärvården. Det går att byta hälsostation genom en skriftlig anmälan högst en gång per år. Det är möjligt att vara klient vid endast en hälsostation åt gången. En person som uppehåller sig längre tider utanför sin hemkommun, till exempel på sommarstugan, kan få vård enligt vårdplanen på hälsostation i den tillfälliga boendekommunen.

Personer som behöver specialiserad sjukvård kan välja vårdplats inom hemkommunens specialupptagningsområde. Vård kan enligt vissa förutsättningar även ges på ett annat specialupptagningsområde. Vårdplatsen väljs tillsammans med den remitterande läkaren. Patienten har rätt att själv välja sin läkare eller annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

Patientens rätt att välja sin vårdplats utvidgas från och med år 2014. Då inleds tillämpningen av EU:s patientdirektiv som gör det möjligt att få vård över gränserna. Patienten kan då välja hälsostation och enhet inom den specialiserade sjukvården bland alla hälsostationer och sjukhus inom den offentliga sektorn i Finland.

Social- och hälsovårdsministeriet har fastställt läkemedelspolitikens viktigaste mål för tio år framåt. Enligt den ska tillgången på läkemedel tryggas överallt i Finland och läkemedelssäkerheten upprätthållas.

Läkemedelsforskning ska stödjas så att läkemedel kan utvecklas även framöver. Avsikten är att främja rationella läkemedelsordinationer och en korrekt användning av läkemedlen. Systemet med referenspriser har fungerat väl när det gäller att hålla de ökande läkemedelsutgifterna i styr. Systemet för läkemedelsersättning utvecklas fortfarande och i det arbetet tas hänsyn till riktlinjerna i Läkemedelspolitiken 2020.

Fungerande socialtjänster

En helhetsreform av socialvården ska genomföras. Samtidigt läggs ännu större vikt vid förebyggande insatser. Avsikten är att klienten står i fokus och själv deltar i högre grad då tjänsterna planeras. Den fortsatta utvecklingen av socialvården ingår i Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården.

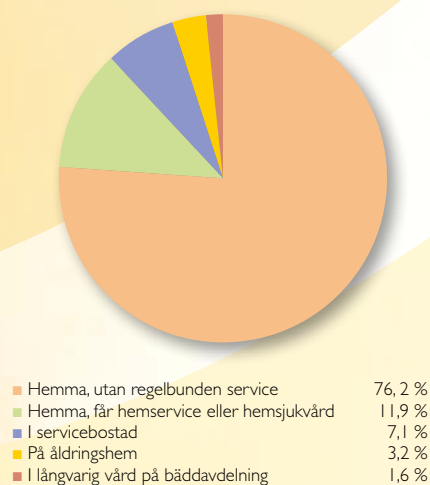
Avsikten är att äldre och personer med funktionsnedsättning ska ha möjlighet att bo hemma så länge som möjligt. Därefter erbjuds hemliknande boende-

förhållanden. Allt flera erbjuds en service- eller stödbostad. Möjligheterna att bo hemma underlättas med hjälp av hemservice och/eller hemsjukvård samt stöd för närståendevård. Dessa principer ingår i den nya lagen om äldreservice som träder i kraft våren 2013. Kvalitetsrekommendationen om tjänster för äldre förnyas samtidigt.

Ändringarna i handikappservicelagen (2009) syftar till att främja jämlikheten för personer med grav funktionsnedsättning samt även andra grundläggande och mänskliga rättigheter. Samtidigt ökar självständighet, självbestämmanderätt och möjlighet till delaktighet för personerna med grav funktionsnedsättning. Boendeprogrammet för personer med utvecklingsstörning syftar till att öka möjligheten att bo ensam och på så sätt stärka deras delaktighet och jämlikhet. Institutionsplatserna ska minska till förmån för boendegemenskaper med individuellt anpassade stöd- och serviceformer.

Utgifterna för social- och hälsovården har ökat i kommunen varje år. I dag är utgifterna i genomsnitt drygt 50 procent av samtliga utgifter. De statsandelar som betalas till kommunernas social- och hälsovård, täcker en knapp tredjedel av kommunens utgifter. Statsandelen har vuxit markant under senare år. Antalet personer med utkomststöd har ökat sedan år 2009. Knappt 7 procent av finländarna fick utkomststöd år 2012.

Figur 19. Boendeformer och tjänster för personer över 75 år under 2000-talet.



Källa: Institutet för hälsa och välfärd



SIKTET INSTÄLLT
MOT FRAMTIDEN

Utmaningar inom social- och hälsovården

- Globaliseringen
- Förändringar i åldersstrukturen
- Den ekonomiska utvecklingen
- Den regionala utvecklingen
- Livsmiljöns tillstånd
- Ett allt mer mångformigt samhälle
- Förändringar i sysselsättningen och arbetslivet
- Förändringar inom teknologin och interaktionen

Verksamheten fokuserar på att

- förbättra arbets- och funktionsförmågan
- minska skillnader i välfärd och hälsa
- bekämpa övervikt
- minska alkoholrelaterade problem
- förlänga arbetskarriärerna
- minska sjukfrånvaron
- öka välbefinnandet i arbete
- förebygga depression
- skapa ett sporrande socialskydd
- minska långtidsarbetslösheten
- minska fattigdomen bland barnfamiljer
- säkerställa tjänster inom missbrukar- och narkomanvården
- verkställa servicestrukturreformen inom social- och hälsovården
- säkra tillgången på social- och hälsovårdspersonal
- genomföra en helhetsreform av socialvårdslagstiftningen
- förbättra möjligheten att förena arbete och familjeliv
- säkerställa tillgången på specialtjänster för barnfamiljer
- säkerställa en trygg uppväxtmiljö för barn
- verkställa jämställdhetslagen
- minska löneskillnaderna mellan kvinnor och män
- minska våldet mot kvinnor

DET FINNS **ETT STORT KUNNANDE** INOM SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDS- MINISTERIETS FÖRVALTNINGSOMRÅDE

Inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde fungerar självständiga institutioner och ämbetsverk med uppgift att producera forsknings- och utvecklingskunskap till stöd för ministeriets arbete med lagberedning, social- och hälsovårdspolitiska riktlinjer samt till grund för beslutsfattandet. Vidare stöder de själva reformarbetet. En del av ämbetsverken är tillstånds- och tillsynsmyndigheter. Ämbetsverken och institutionerna inom förvaltningsområdet sysselsätter mer än 4 000 personer.

Institutet för hälsa och välfärd är ett forsknings- och utvecklingsinstitut med uppgift att främja befolkningens hälsa och välfärd, förebygga sjukdomar och sociala problem samt utveckla social- och hälsovårdstjänster. Institutet är den statistikansvariga myndigheten på området och har beredskap att ta fram kunskapsunderlag som behövs för olika ändamål.

www.thl.fi

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) använder styrning och övervakning för att hantera hälsorisker i livsmiljöer samt säkerställa att rättsskyddet och servicen inom social- och hälsovården håller hög kvalitet.

www.valvira.fi

Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet (Fimea) har i uppgift att svara för tillstånds- och tillsynsärenden inom läkemedelsområdet, forskning och utveckling samt producera och förmedla läkemedelsinformation i syfte att förbättra effekten av läkemedelsförsörjningen och läkemedelsbehandlingar.

www.fimea.fi

Besvärsnämnden för social trygghet (SOMLA) är en besvärinstans inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde som kan jämföras med en specialdomstol för socialförsäkringsfrågor.

Besvärsnämnden för utkomstskyddsärenden är en besvärinstans inom socialförsäkringen i ärenden som gäller arbetslöshetsskydd.

www.stm.fi > Kontaktuppgifter >
Nämnder och delegationer.

Strålsäkerhetscentralen (STUK) övervakar kärnkraftverk, kärnmaterial och kärnavfall samt användningen av strålning och radioaktiva ämnen inom hälso- och sjukvården, industrin, forskningen och undervisningen.

www.stuk.fi

Arbetshälsoinstitutet är ett tvärvetenskapligt forsknings- och expertinstitut med uppgift att främja arbets- och funktionsförmågan, den fysiska och psykiska hälsan samt livskvaliteten hos landets befolkning i arbetsför ålder.

www.ttl.fi

Penningautomatföreningen (PAF) samlar genom sin penningospelverksamhet in medel för att stödja finländska social- och hälsoorganisationer.

www.ray.fi

Ansvarsområdena för arbetarskyddet vid regionförvaltningsverken svarar för arbetarskyddstillsynen. De övervakar att arbetsplatserna följer arbetarskyddsbestämmelserna samt styr och ger råd om bra lösningar för arbetarskyddet. Syftet med myndighetstillsynen och -styrningen är att arbetsplatserna i allt högre grad själva ska bedöma sina arbetsförhållanden och vidta nödvändiga åtgärder för att förbättra förhållandena på arbetsplatsen.

www.tyosuojelu.fi

■ SOCIAL- OCH
HÄLSOVÅRDSMINISTERIET
PB 33, 00023 STATSRÅDET

Besöksadress:
Sjötullsgatan 8, 00170 Helsingfors

Telefon: 0295 16001 (Statsrådets växel)
Internet: www.stm.fi
E-post: fornamn.efternamn@stm.fi

Publikationer 2013:2

ISSN-L 1236-2050
ISSN 1236-2050 (print)
ISSN 1797-9854 (online)

ISBN 978-952-00-3365-1 (inh.)
ISBN 978-952-00-3366-8 (PDF)
URN:ISBN:978-952-00-3366-8